Congo Research Papers
Journal des publications scientifiques
www.congoresearchpapers.net



Apport de la planification familiale dans la lutte contre les grossesses non désirées chez les femmes en âge de procréation dans la zone de santé de KASA-VUBU

Jean Claude MATETE Nzoku[a] , Mack MPINGIYABO Kabeya[a,b] , Jocelyn KIASISWA Mvemba[a] et J.O. ENGONDO[a]

[a]Assistant à l'Institut Supérieur des Techniques médicales Révérend Bokundoa (ISTM/RB)
[b]Assistant à l'Institut Supérieur des Sciences de Santé de la Croix-Roige (ISSS/CR)

R é s u m é

Introduction : L'utilisation des méthodes contraceptives reste jusqu'aujourd'hui une préoccupation majeure de santé publique dans le monde entier ; toutefois, le choix des méthodes contraceptives est encore en contradiction chez les femmes en âge de procréation vivant dans les différents pays du monde. **Méthode :** Notre étude a porté sur l'apport de la planification familiale dans la lutte contre les grossesses non désirées chez les femmes en âge de procréation dans la zone de santé de Kasa-Vubu. La population concernée était constituée par l'ensemble des femmes en âge de procréation habitant la zone de santé de Kasa-Vubu. La taille de l'échantillon était de 255 femmes en âge de procréation. Nous avons recouru à la méthode d'enquête, à la technique d'interview et à l'échantillonnage aléatoire systématique. L'étude est transversale à visée analytique. La base des données et le traitement des données ont été réalisés en SPSS 24. **Résultats :** Sur 255 sujets enquêtés : 175 soit 68,6% des enquêtées ont noté que l'apport de la planification familiale dans la lutte contre les grossesses non désirées est suffisant, ce qui est supérieur au niveau d'acceptabilité fixé à 50%. **Conclusion :** Nous osons croire que ces indicateurs serviront de base pour orienter les informations nécessaires sur la planification familiale des femmes en âge de procréation.

Mots-clés : Planification familiale, grossesse, procréation

A b s t r a c t

Introduction : The use of contraceptive methods remains a major public health concern throughout the world. However, the choice of contraceptive methods is still in conflict among women of reproductive age living in different countries of the world. **Method :** Our study focused on the contribution of family planning in the fight against unwanted pregnancies among women of reproductive age in the Kasa-Vubu health zone. The population of interest was all women of reproductive age living in the Kasa-Vubu health zone. The sample size was 255 women of reproductive age. We used the survey method, the interview technique and systematic random sampling. The study is cross-sectional with an analytical focus. The database and data processing were carried out in SPSS 24. **Results :** Out of 255 subjects surveyed, 175, or 68.6% of the respondents, noted that the contribution of family planning in the fight against unwanted pregnancies was sufficient, which is higher than the acceptability level set at 50%. **Conclusion :** We believe that these indicators will serve as a basis for providing the necessary information on family planning for women of childbearing age.

Keywords : Family planning, pregnancy, childbearing

INTRODUCTION

Problématique

Le souci d'éviter des grossesses non désirées existe depuis l'antiquité. L'utilisation des méthodes contraceptives reste jusqu'aujourd'hui une préoccupation majeure de santé publique dans le monde entier ; toutefois, le choix des méthodes contraceptives pose encore problème chez les

femmes en âge de procréation vivant dans les différents pays du monde.

La capacité d'une femme d'espacer et de limiter ses grossesses a des conséquences directes sur sa santé et son bien-être. La planification familiale (PF) permet l'espacement des naissances et donne la possibilité de retarder les grossesses chez les femmes jeunes, les grossesses précoces étant associées à un risque élevé de problèmes de santé et de décès. Elle permet d'éviter les grossesses non désirées, notamment chez les femmes plus âgées pour qui les risques associés à la grossesse sont accrus (OMS, 2017).

On estime à 214 millions le nombre de femmes dans les pays en développement qui souhaiteraient retarder le moment d'avoir un enfant, ou ne plus avoir d'enfants mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception. Certaines méthodes de planification familiale, comme les préservatifs, permettent d'éviter la transmission du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (Op cit).

L'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, mais elle est restée faible en Afrique subsaharienne. Au niveau mondial, l'utilisation des contraceptifs a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014. Au niveau régional, la proportion des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive moderne a très faiblement augmenté entre 2008 et 2014. En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6%, en Asie, elle a légèrement progressé passant de 60,9 à 61%, de même qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, passant de 66,7% à 67% (Op cit).

Les besoins de contraception non satisfaits demeurent cependant trop élevés. Cette situation s'explique par l'augmentation de la population et par le manque des services de planification familiale. En Afrique, 23,5% des femmes en âge de procréer ont un besoin non satisfait des moyens de contraception modernes. L'Asie et l'Amérique latine ainsi que les Caraïbes sont des régions où la prévalence de la contraception est relativement élevée avec les niveaux des besoins insatisfaits sont de 10,9% et 10,4% respectivement (Op cit).

Il existe différentes méthodes de contraception qui permettent de se protéger des risques d'une éventuelle grossesse indésirable. Préservatif, pilule, anneau contraceptif, implant, patch... Les femmes ont aujourd'hui de nombreuses possibilités en matière de choix de contraception. Mais il faut savoir que toutes les formes de contraception ne conviennent pas à toutes les femmes. Certaines refusent l'idée du stérilet ou réagissent simplement mal aux hormones, d'autres sont trop "tête-en-l'air" pour penser à prendre leur pilule tous les jours à la même heure (AMELI, 2017).

Malgré l'amélioration du niveau de vie, la fécondité reste toujours élevée dans les pays africains ; au sud du Sahara et le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives modernes y est très faible (ALE, 2009).

La question du choix de la méthode contraceptive est importante dans les couples stables, puisque le risque des infections sexuellement transmissibles (IST) est alors écarté. Si l'on a eu plusieurs partenaires auparavant, il est conseillé d'utiliser des préservatifs au début de la relation, le temps de tester la présence d'éventuelles infections, avant de passer à une autre méthode (BAYLE-LOUDET et LEICHTER, 2015).

Des grossesses trop nombreuses, trop rapprochées chez des adolescentes ainsi que chez les femmes de plus de 35 ans mettent en danger la vie

des femmes et sont responsables d'un tiers de décès des nourrissons. La planification familiale est un des moyens les plus efficaces pour améliorer la santé des femmes et des enfants. Dans les pays en développement, plus de cent millions des femmes mariées ou qui vivent avec un homme affirment ne pas disposer des méthodes de contraception dont elles ont évidemment besoin (MANFRED, 2004).

Déjà en 1952, l'Inde adoptait la politique officielle destinée à ralentir sa croissance démographique et est donc le premier pays en développement à se lancer dans un tel programme. Les enquêtes dans ce pays sur la connaissance des moyens de contraception révèlent qu'une forte proportion des couples ne désire plus avoir d'enfants ; en revanche, peu d'entre eux pratiquent la contraception de manière efficace. Les programmes de planning familial sont donc considérés comme le moyen de satisfaire le besoin de contraception que manifeste une part importante de la population. Les femmes peuvent ainsi espacer et limiter le nombre des naissances. Par ailleurs, la Chine, avec sa politique dite de l'enfant unique a induit la baisse relative de la croissance démographique en Asie, quoi que sa population soit très nombreuse, celle-ci est parvenue à juguler à la fois fécondité et mortalité (FAO, 2009).

Le Japon est aussi soumis à une politique stricte de régulation des naissances, les taux de natalité du Japon ces dernières années sont parmi les plus bas. En 2000, 90 % des couples utilisant un moyen contraceptif préfèrent le préservatif, 4 % la stérilisation. La pilule est quasiment inexistante et a été autorisée seulement à partir de 1999. Aussi, beaucoup de couples ont combiné le préservatif à la méthode Ogino, très répandue grâce aux magazines féminins.

En réalité, le vrai problème se pose en termes du nombre d'enfants à avoir et d'espacement des naissances et d'éviter des avortements. Dans les pays en développement, les femmes ont généralement plus d'enfants qu'elles n'en souhaitent. En HAITI par exemple, les femmes auraient en moyenne 1,5 enfant et moins si elles pouvaient décider de la taille de leurs familles (FNUAP, 2006).

Dans les pays à revenu élevé, plus de 70% des femmes ont accès à une méthode contraceptive. En Afrique, où la charge de la mortalité maternelle est la plus importante, à peine 24% des femmes en âge de procréer ont accès à une méthode contraceptive moderne. Cette prévalence est encore très faible en Afrique subsaharienne, où elle est de 2,5% en milieux ruraux contre 9% en milieux urbains (MUKENGESHAYI NTAMBUE et *al*, 2017).

En RDC, elle est de 5,4%. La proportion des femmes en âge de procréer, qui y ont un besoin non satisfait en planification familiale, est élevée. Elle était de 24% en 2010-13 (Ministère du Plan RDC, 2014).

La contraception moderne n'est pas largement utilisée en Afrique subsaharienne parce que les contraceptifs n'y sont pas disponibles et aussi, culturellement, ils ne sont pas acceptés. En vue d'y améliorer cette utilisation, les agences internationales appuient les structures de santé avec une gamme de contraceptifs. En RDC, l'Association de Santé Familiale (ASF), la Santé en milieu Rural (SANRU) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) sont parmi les organisations qui appuient ces activités. La Zone de santé de Dibindi, à Mbuji-Mayi, dans la province du Kasaï Oriental, est l'une des zones de santé appuyées en planification familiale depuis plus de 15 ans. Selon

les données du Bureau Central de cette zone de santé, en 2014, toutes les structures de santé offraient ces services, mais jusque fin 2015, la PC restait inconnue (MUKENGESHAYI NTAMBUE et *al*, 2017).

La planification familiale est essentielle pour ralentir une croissance de la population qui n'est pas viable à long terme ainsi que les conséquences négatives qui en résultent pour l'économie, l'environnement et les efforts de développement aux niveaux national et régional (OMS, 2017).

Certaines femmes en âge de procréer de plusieurs zones de santé de la ville province de Kinshasa, précisément celles de la zone de santé de Kasa-Vubu sont totalement butées au problème des naissances désirables, des IST, et des grossesses non désirées, aussi l'utilisation des méthodes contraceptives demeure encore faible par faute de vulgarisation au sein de la population de cette zone de santé. Et l'utilisation des méthodes contraceptives était estimée à 15% en 2017, dans la zone de santé de Kasa-Vubu.

Au regard de ce qui précède, nous nous sommes posé la question suivante : Quel est l'apport de la planification familiale dans la lutte contre les grossesses non désirées chez les femmes en âge de procréation de la zone de santé de Kasa-Vubu ?

Nous supposons que la planification familiale aurait un apport suffisant dans la lutte contre les grossesses non désirées chez les femmes en âge de procréation de la zone de santé de Kasa-vubu.

Objectif

Notre étude avait pour objectif de déterminer l'apport de la planification familiale dans la lutte contre les grossesses non désirées chez les femmes en âgé de procréation.

Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles des enquêtées ;
- Déterminer la proportion des femmes en âge de procréation qui utilisent le service de planification familiale ;
- Rechercher les relations qui existeraient entre les caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles, et l'apport de la planification familiale dans la lutte contre les grossesses non désirées.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude transversale à visée analytique auprès des femmes en âge de procréation habitant dans la zone de santé de Kasa-Vubu au cours de la période allant du mois de juillet au mois d'octobre 2020. Sur une population estimée à ± 21% soit 13751 femmes en âge de procréation, nous avons recouru au logiciel *Epi Info 7.2* (Smartphone) Android avec 95% de degré de confiance pour obtenir la taille de 255 femmes en âge de procréation, ce qui est par ailleurs en conformité avec la table d'estimation de la taille d'un échantillon (KREJCIE et MORGAN, 1970).

Pour réaliser cette étude nous avons fait appel à la technique d'interview dirigée par un questionnaire avec des questions fermées et ouvertes.

Les données brutes de l'enquête étaient collectées à l'aide *d'Epi info 7.2* Android, elles ont été exportées vers *Office Excel Android* et puis vers le logiciel *SPSS 24* où elles ont été épurées,

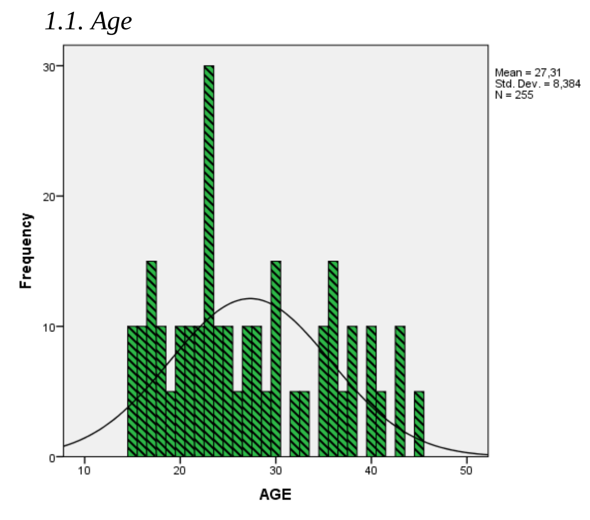
validées et codifiées avant d'être analysées. L'analyse a consisté à :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles des enquêtées ;
- Déterminer la proportion des femmes en âge de procréation qui utilisent le service de planification familiale ;
- Rechercher les relations entre les caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles et l'apport de la planification familiale dans la lutte contre les grossesses non désirées.
- La comparaison entre les groupes a été faite à l'aide du test suivant : le chi carré, le degré de signification a été fixé à $p \leq 0{,}05$.

RESULTATS

Caractéristiques socio-démographiques, économiques et culturelles

1.1. Age

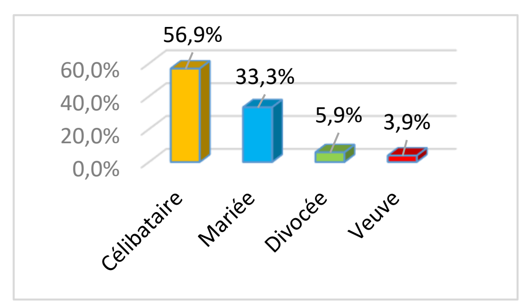


Graphique 1. Age des enquêtées

Ce graphique indique que la majorité (70,6%) des enquêtées ont l'âge de 14-32 ans dont l'âge moyen vaut : 27,31±8,384. Avec un pic (mode) de 23 ans.

SE=0,525 CV= 30,69% $IC_{95\%}$ = [26,31-28,29]
Me=25 Q1=21 Q3=35

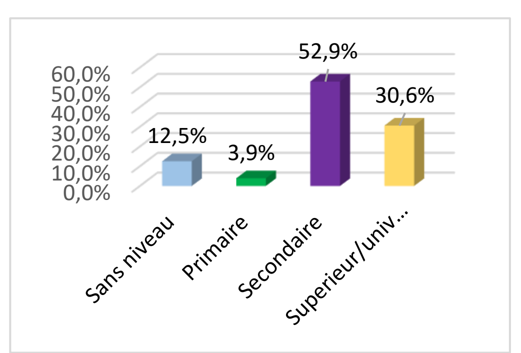
1.2. Etat-civil



Graphique 2. Etat-civil des enquêtées

Au regard de ce graphique, la plupart (56,9%) des enquêtées sont des célibataires.

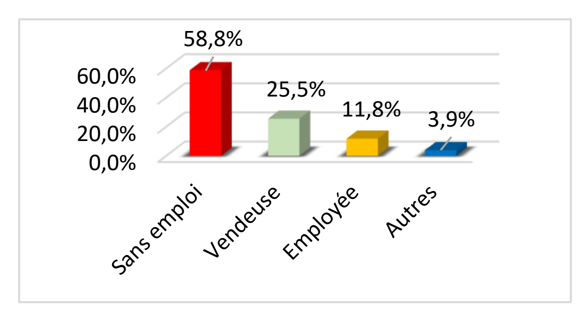
1.3. Niveau d'études



Graphique 3. Niveau d'études des enquêtées

Les données de ce graphique montrent que le niveau d'études secondaires prédomine (52,9%).

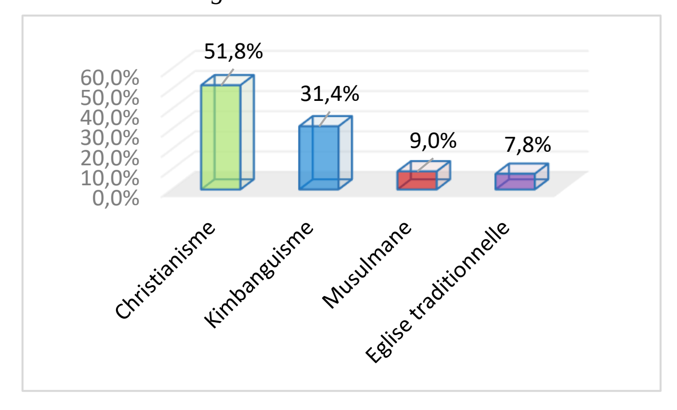
1.4. Emploi



Graphique 4. Emploi des enquêtées

Il sied de noter dans ce graphique qu'il y a plus (58,8%) de sans emploi.

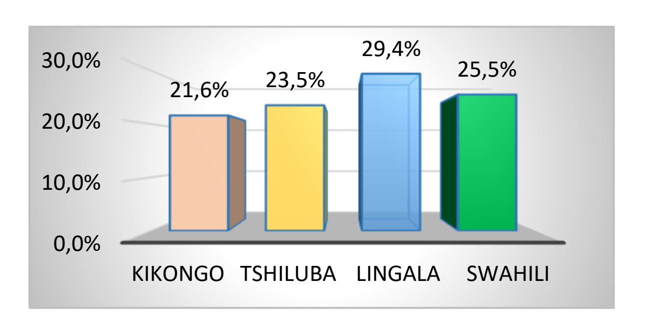
1.5. Religion



Graphique 5. Religion des enquêtées

Dans ce graphique, la majorité (51,8%) des enquêtées sont dans le christianisme.

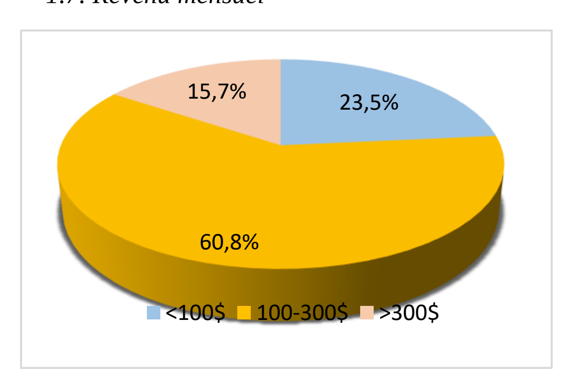
1.6. Langue nationale d'origine



Graphique 6. Langue nationale d'origine des enquêtées

Il se dégage de ce graphique que, la plupart (29,4%) des enquêtées ont mentionné le Lingala.

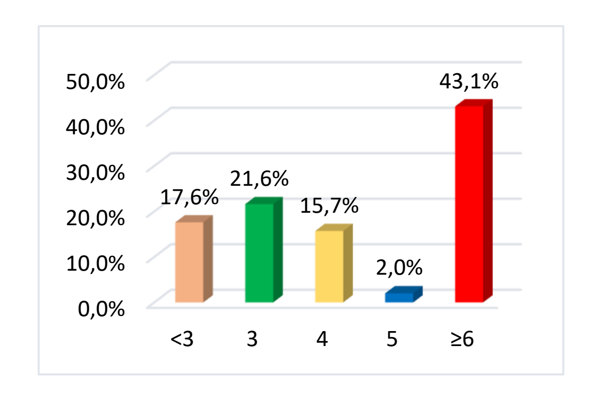
1.7. Revenu mensuel



Graphique 7. Revenu mensuel des enquêtées

Les résultats de ce graphique indiquent que 60,8% des enquêtées ont un revenu mensuel de 100-300$.

1.8. Taille de ménages



Graphique 8. Taille de ménages des enquêtées

Ce graphique montre que la majorité (43,1%) des enquêtées a une taille de ménage ≥6 personnes.

Tableau 1. Répartition des enquêtées selon les caractéristiques socio-démographiques, économiques et culturelles

Caractéristiques socio-démographiques, économiques et culturelles	Fréquence (n=255)	%
Age		
14-32	180	70,6
33-49	75	29,4
Etat civil		
Mariée	85	33,3
Non mariée	170	66,7
Niveau d'études		
Elevé	78	30,6
Faible	177	69,4
Emploi		
Employée	30	11,8
Non employée	225	88,2
Religion		
Christianisme	132	51,8
Non christianisme	123	48,2
Langue nationale d'origine		
Kikongo+Lingala (Nord-Ouest)*	130	51,0
Tshiluba+Swahili (Sud-Est)**	125	49,0
Revenu mensuel		
≤300$	215	84,3
>300$	40	15,7
Taille de ménage		
<6	145	56,9
≥6	110	43,1

*Noté aussi N-O

**Noté aussi S-E

Ce tableau montre que la majorité (70,6%) des enquêtées a l'âge de 14-32 ans dont l'âge moyen vaut:27,31±8,384; la plupart (66,7%) sont non mariées, le niveau d'études faible prédomine (69,4%), il y a plus de non employées, 51,8% sont dans le christianisme, la majorité (51,0%) a mentionné le Kikongo+Lingala (Nord-Ouest), 84,3% ont un revenu mensuel ≤300$ et 56,9% ont une taille de ménage <6 personnes.

2. Planification familiale

Tableau 2. Répartition des enquêtées selon les données de la planification familiale

Données de la planification familiale	Fréquence (n=255)	%
Signification de la planification familiale		
Contrôle des naissances	5	2,0
Espacer les naissances	140	54,9
Naissance désirable	65	25,5
Autres (réduire les naissances)	45	17,6
Avantages de la planification familiale		
Améliorer la santé de la mère et de l'enfant	115	45,1
Planifier les naissances	170	66,7
Réduire la croissance démographique	65	25,5
Réduire la pauvreté	105	41,2
Autres (utilisation des méthodes contraceptives)	70	27,5
Utilisation de service de planification familiale		
Oui	80	31,4
Non	175	68,6
Intervalle de naissance (intervalle intergénésique) preferé		
1	10	3,9
2	135	52,9
3	85	33,3
≥4	25	9,8
Nombre d'enfants préférés		
1	30	11,8
2	60	23,5
3	55	21,6
4	45	17,6
≥5	65	25,5

Les données de ce tableau indiquent que 140 soit 54,9% des enquêtées ont parlé d'espacer les naissances suivies de 65 soit 25,5% qui ont souligné la naissance désirable, 170 soit 66,7% ont

parlé de planifier les naissances, 115 soit 45,1% ont parlé d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant, 175 soit 68,6% n'utilisent pas le service de planification familiale, 135 soit 52,9% ont noté 2 ans et 65 soit 25,5% ont mentionné ≥5 enfants.

Tableau 3. Répartition des enquêtées selon l'apport de la planification familiale dans la lutte contre les grossesses non désirées

Apport	Fréquence	%
Suffisant (réduction de grossesses non désirées)	175	68,6
Insuffisant (augmentation de grossesses non désirées)	80	31,4
Total	255	100

Niveau d'acceptabilité=50%

Les données de ce tableau indiquent que 175 soit 68,6% des enquêtées ont noté que l'apport de la planification familiale dans la lutte contre les grossesses non désirées est suffisant, ce qui est supérieur au niveau d'acceptabilité fixé à 50%.

Tableau 4. Répartition des enquêtées selon les données de la planification familiale

Données de la planification familiale	Fréquence (n=255)	%
Méthodes contraceptives utilisées		
Préservatif	71	27,8
COC	10	3,9
Coït interrompu	30	11,8
Implanon NXT	9	3,5
Sayana	8	3,1
Autres (collier du cycle)	19	7,5
Raisons de non utilisation de service de la planification familiale		
Influence du milieu	30	11,8
Besoin d'une famille nombreuse	125	49,0
Mauvaise croyance sur les méthodes contraceptives	70	27,5
Autres (ignorance)	55	21,6

Il se dégage de ce tableau que, 71 soit 27,8% des enquêtées ont cité le préservatif et 125 soit 49,0% ont parlé de besoins d'une famille nombreuse suivi de 70 soit 27,5% qui ont noté la mauvaise croyance sur les méthodes contraceptives.

Tableau 5. Relation entre l'utilisation de service de planification familiale et les caractéristiques socio-démographiques, économiques et culturelles

Caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles	*Utilisation de service de PF (n=255)* Oui	Non	Ho
Age			
14-32	50(27,8%)	130(72,2%)	Acceptée
33-49	30(40,0%)	45(60,0%)	
Etat civil			
Mariée	47(55,3%)	38(44,7%)	Rejetée
Non mariée	33(19,4%)	137(80,6%)	
Niveau d'études			
Elevé	35(44,9%)	43(55,1%)	Rejetée
Faible	45(25,4%)	132(74,6%)	
Emploi			
Employée	10(33,3%)	20(66,7%)	Acceptée
Non employée	70(31,1%)	155(68,9%)	
Religion			
Christianisme	50(37,9%)	82(62,1%)	Rejetée
Non christianisme	30(24,4%)	93(75,6%)	
Langue nationale d'origine			
Kikongo+Lingala (N-O)	39(30,0%)	91(70,0%)	Acceptée
Tshiluba+Swahili (S-E)	41(32,8%)	84(67,2%)	
Revenu mensuel			
≤300$	75(34,9%)	140(65,1%)	Rejetée
>300$	5(12,5%)	35(87,5%)	
Taille de ménage			
<6	55(37,9%)	90(62,1%)	Rejetée
≥6	25(22,7%)	85(77,3%)	

$p<0,05$ $p<0,01$

Les données de ce tableau montrent que sur 255 sujets enquêtés : 175 soit 68,6% n'utilisent pas le service de planification familiale dont 130 soit 72,2% sont dans la tranche d'âge de 14-32 ans et 45 soit 60,0% sont dans la tranche d'âge de 33-49 ans. Aucune relation statistiquement significative n'a été observée entre l'utilisation de service de planification familiale et l'âge. C'est-à-

dire que l'utilisation de service de planification familiale ne dépend pas d'âge.

Concernant l'état civil, 175 soit 68,6% des enquêtées n'utilisent pas le service de planification familiale dont 137 soit 80,6% sont non mariées et 38 soit 44,7% sont mariées. La relation est statistiquement significative ($p<0,01$) entre l'utilisation de service de planification familiale et l'état civil. Donc l'état civil peut influencer l'utilisation de service de planification familiale.

Au regard du niveau d'études, 175 soit 68,6% des enquêtées n'utilisent pas le service de planification familiale dont 132 soit 74,6% ont un niveau d'études faible et 43 soit 55,1% ont un niveau d'études élevé. Il existe une relation statistiquement significative ($p<0,01$) entre l'utilisation de service de planification familiale et le niveau d'études. Ce qui veut dire que l'utilisation de service de planification familiale peut dépendre du niveau d'études.

Par rapport à l'emploi, 175 soit 68,6% des enquêtées n'utilisent pas le service de planification familiale dont 155 soit 68,9% sont de non employées et 20 soit 66,7% sont des employées. Il n'y a pas de relation statistiquement significative entre l'utilisation de service de planification familiale et l'emploi. C'est pour dire que l'utilisation de service de planification familiale ne dépend pas d'emploi.

Pour la religion, 175 soit 68,6% des enquêtées n'utilisent pas le service de planification familiale dont 93 soit 75,6% sont dans le non christianisme et 82 soit 62,1% sont dans le christianisme. Il y a une relation statistiquement significative ($p<0,05$) entre l'utilisation de service de planification familiale et la religion. Ce qui signifie que l'utilisation de service de planification familiale peut dépendre de la religion.

En ce qui concerne la langue nationale d'origine, 175 soit 68,6% des enquêtées n'utilisent pas le service de planification familiale dont 91 soit 70,0% ont mentionné le Kikongo+Lingala (N-O) et 84 soit 67,2% ont noté le Tshiluba+Swahili (S-E). Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'utilisation de service de planification familiale et la langue nationale d'origine. C'est-à-dire que l'utilisation de service de planification familiale ne dépend pas de la langue nationale d'origine.

Au regard du revenu mensuel, 175 soit 68,6% des enquêtées n'utilisent pas le service de planification familiale dont 140 soit 65,1% ont un revenu mensuel ≤300$ et 35 soit 87,5% ont un revenu mensuel >300$. Il existe une relation statistiquement significative ($p<0,01$) entre l'utilisation de service de planification familiale et le revenu mensuel. C'est pour dire que l'utilisation de service de planification familiale peut dépendre du revenu mensuel.

Concernant la taille de ménage, 175 soit 68,6% des enquêtées n'utilisent pas le service de planification familiale dont 90 soit 62,1% ont une taille de ménage <6 personnes et 85 soit 77,3% ont une taille de ménage ≥6 personnes. La relation est statistiquement significative ($p<0,05$) entre l'utilisation de service de planification familiale et la taille de ménage. Donc, l'utilisation de service de planification familiale peut dépendre de la taille de ménage.

DISCUSSION

Nous avons évalué et comparé les caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles des enquêtées.

Notre entendement était que la planification familiale aurait un apport suffisant dans

la lutte contre les grossesses non désirées chez les femmes en âge de procréation.

Dans notre étude, le tableau 1 montre que la majorité (70,6%) des enquêtés ont l'âge de 14-32 ans dont l'âge moyen vaut:27,31±8,384; la plupart (66,7%) sont non mariées, le niveau d'études faible prédomine (69,4%), il y a plus de non employées, 51,8% sont dans le christianisme, la majorité (51,0%) ont mentionné le Kikongo+Lingala (Nord-Ouest), 84,3% ont un revenu mensuel ≤300$ et 56,9% ont une taille de ménage <6 personnes.

L'OMS (2020) déclare que 75,7% de femmes en âge de procréer ont l'âge de 15-49 ans. Ce résultat avoisine celui de notre étude. Nous constatons que la majorité de femmes sont en deçà de 50 ans, l'âge à laquelle les femmes sont en période de ménopause et qui ne nécessite plus l'utilisation des contraceptifs.

KATOKA (2017) a trouvé dans son étude sur les déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer dans la zone de santé de Gombe Matadi que la tranche d'âge était de 25-29 ans dont l'âge moyen vaut : 28,5±, les femmes avaient un niveau faible d'études soit 59,9%, 70% des femmes étaient mariées, le christianisme était prédominant, 84,4% avaient un emploi (l'agriculture).

Ces résultats corroborent ceux obtenus par notre étude sur le point de l'âge, de niveau d'études, de la religion et de la taille des ménages mais diffèrent sur le point de l'emploi. Les femmes au Kongo central s'adonnent à l'agriculture tandis que celles de la ville de Kinshasa sont à court d'emploi.

Les données liées à la planification familiale dans notre étude montrent que 140 soit 54,9% des enquêtées ont parlé d'espacer les naissances suivi de 65 soit 25,5% qui ont souligné la naissance désirable, 170 soit 66,7% ont parlé de planifier les naissances suivi de 115 soit 45,1% qui ont parlé d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant, 175 soit 68,6% n'utilisent pas le service de planification familiale, ainsi on estime à 214 millions le nombre de femmes dans les pays en développement qui souhaiteraient retarder le moment d'avoir un enfant ou ne plus avoir d'enfants mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception. Certaines méthodes de planification familiale, comme les préservatifs, permettent d'éviter la transmission du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (OMS, 2017), 135 soit 52,9% ont noté 2 ans et 65 soit 25,5% ont mentionné ≥5 enfants.

KATOKA (2017) a trouvé dans son étude que 68,6% des femmes en âge de procréer de la zone de santé de GOMBE MATADI dans la province de Kongo Central déclarent que l'utilisation des méthodes contraceptives permettent d'éviter les grossesses non désirées suivis de 68% qui parlent de l'espacement des naissances.

Certains auteurs comme FAO, note que déjà en 1952, l'Inde adopte la politique officielle destinée à ralentir sa croissance démographique et est donc le premier pays en développement à se lancer dans un tel programme. Les enquêtes dans ce pays sur la connaissance des moyens de contraception révèlent qu'une forte proportion de couples ne désire plus avoir d'enfants ; en revanche, peu d'entre eux pratiquent la contraception de manière efficace (FAO, 2009), Nos résultats montrent que 175 soit 68,6% des enquêtées ont noté que l'apport de la planification familiale dans la lutte contre les grossesses non désirées est suffisant, ce qui est supérieur au niveau d'acceptabilité fixé à 50%, 71 soit 27,8% des enquêtées ont cité le préservatif et 125 soit 49,0% ont parlé de besoin

d'une famille nombreuse suivi de 70 soit 27,5% qui ont noté la mauvaise croyance sur les méthodes contraceptives.

Ainsi la relation est statistiquement significative ($p<0,01$) entre l'utilisation de service de planification familiale et l'état civil, ($p<0,01$) le niveau d'étude, ($p<0,05$) la religion, ($p<0,01$) le revenu mensuel et puis ($p<0,01$) la taille de ménage tandis qu'aucune relation statistiquement significative n'a été observée entre l'utilisation de service de planification familiale et l'âge, l'emploi, la langue nationale d'origine.

CONCLUSION

L'augmentation de taux de fécondité reste jusqu'aujourd'hui un sérieux problème de santé publique dans les pays à faible revenu où l'utilisation de service de planning familial est pratiquement faible.

La planification familiale est essentielle pour ralentir une croissance de la population qui n'est pas viable à long terme et les conséquences négatives qui en résultent pour l'économie, l'environnement et les efforts de développement aux niveaux national et régional.

Notre étude avait pour objectif de déterminer l'apport de la planification familiale dans la lutte contre les grossesses non désirées chez les femmes en âgé de procréation de la zone de santé de Kasa-Vubu.

Notre hypothèse était que la planification familiale aurait un apport suffisant dans la lutte contre les grossesses non désirées chez les femmes en âge de procréation de la zone de santé de Kasa-Vubu.

Notre population était constituée par l'ensemble des femmes en âge de procréation habitant la zone de santé de Kasa-Vubu. La taille de l'échantillon était de 255 femmes en âge de procréation.

Nous avons recouru à la méthode d'enquête, à la technique d'interview et à l'échantillonnage aléatoire systématique. L'étude est transversale à visée analytique. La base des données et le traitement des données ont été réalisés en SPSS 24 où les données ont été saisies, codifiées, nettoyées pour l'analyse et le logiciel Epi info 7.2 nous a permis de calculer la taille de l'échantillon. La comparaison des données a été réalisée à l'aide du test chi- carré. Le degré de signification a été fixé à $p\leq0,05$.

Compte tenu de nos résultats, notre hypothèse est confirmée, car sur 255 sujets enquêtés : 175 soit 68,6% des enquêtées ont noté que l'apport de la planification familiale dans la lutte contre les grossesses non désirées est suffisant, ce qui est supérieur au niveau d'acceptabilité fixé à 50%.

Nous pensons que ces indicateurs serviront de base pour orienter des informations nécessaires sur la planification familiale auprès des femmes en âge de procréation dans le but de les aider à espacer les naissances, faire les choix des méthodes contraceptives afin d'améliorer leur état de santé et la santé de leurs enfants.

Références bibliographiques

ALE (2009). *Grossesses non désirées.* Paris

AMELI (2017). *Type des méthodes contraceptives*. GUF.

BAYLE-LOUDET, C. et LEICHTER, J. (2015). *Contraception à Paris*. Agence RP.

FAO (2009). Rapport sur la planification familiale. Kinshasa : PNSR.

FNUAP (2006). M*éthodes modernes de contraception*. New York : Country-Level Information.

KATOKA, F.M. (2017). *Déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer. Cas de la zone de santé de Gombe Matadi.* (Mémoire de spécialisation). Ecole de Santé Publique Kinshasa.

KREJCIE, R.V. et MORGAN, D.W. (1970). Determining sample size for research activities ; Educational and Psychological Measurement. *The NEA Research Bulletin.*

MANFRED (2004). *Intervalle intergénésique*. Paris : éd. Lancet.

Ministère du Plan RDC (2014). *Enquête démographique et sanitaire.* USAID et FNUAP.

MUKENGESHAYI NTAMBUE et *a*l. (2017). Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo : prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi. *Pan Afr Med J.*

OMS (2017). *Planification familiale/Contraception.* Genève : Edition OMS.

OMS (2021). *Planification familiale/Contraception.* Genève : Edition OMS